Aus der Hals- Nasen- Ohren- Klinik und Poliklinik am
Klinikum Westend der FU - Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. W. Schwab

Malignes Melanom der rechten Nasenhaupthöhle
- ein Fallbericht -

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Sabine Cramm, geb. Pötschick
aus Berlin

1978

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544728_0033

Aus der Hals- Nasen- Ohren- Klinik und Poliklinik am
Klinikum Westend der FU - Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. W. Schwab

Malignes Melanom der rechten Nasenhaupthöhle
- ein Fallbericht -

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Sabine Cramm, geb. Pötschick
aus Berlin

Referent: Prof. Dr. med. S. Blümcke

Korreferent: Prof. Dr. med. W. Schwab

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 14. Feb. 1978

MALIGNES MELANOM DER RECHTEN NASENHAUPTHÖHLE

- ein Fallbericht -

G L I E D E R U N G

I	BÖSARTIGE TUMOREN DER NASE UND IHRER NEBENHÖHLEN
II	MALIGNE MELANOME IM BEREICH DER NASE UND IHRER NEBENHÖHLEN
III	PATHOGENESE MALIGNER MELANOME
IV	SCHWIERIGKEITEN IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE
V	DER FALL B. J. - Anamnese und Befunde -
VI	DISKUSSION
	ZUSAMMENFASSUNG
VII	LITERATUR
VIII	ANHANG: Lebenslauf

MALIGNES MELANOM DER RECHTEN NASENNEBENHÖHLE

- ein Fallbericht -

G L I E D E R U N G

I BÖSARTIGE TUMOREN DER NASE UND IHREN NEBENHÖHLEN

II MALIGNE MELANOME IM BEREICH DER NASE UND IHREN NEBENHÖHLEN

III PATHOGENESE MALIGNER MELANOME

IV SCHWIERIGKEITEN IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

V DER FALL B. J. - Anamnese und Befunde -

VI DISKUSSION

ZUSAMMENFASSUNG

VII LITERATUR

VIII DANKSAGUNG Lebenslauf

I. BÖSARTIGE TUMOREN DER NASE UND IHRER NEBENHÖHLEN

Im Bereich der inneren Nase und der Nebenhöhlen überwiegen an bösartigen Tumoren die epithelialen Geschwülste (80 %). Der Anteil der nicht epithelialen Malignome liegt bei 20 % zuzüglich der radiosensiblen Lymphoepitheliome.

Betrachtet man hingegen das Verhältnis von Karzinomen zu Sarkomen allgemein, so rekrutieren sich die Malignome zu 92 % aus Karzinomen und zu 8 % aus Sarkomen (BAUER 1963).
Sarkome metastasieren nur zu 36 % lymphogen, Karzinome hingegen in 50 % der Fälle. Im Vordergrund steht bei den Sarkomen die Neigung, frühzeitig hämatogen in die Lungen zu metastasieren. Ausgesprochen selten sind dabei Hautmetastasen.

Der Anteil der Sarkome an der Gesamtzahl von bösartigen Tumoren liegt bei rund 5 % (BAUER 1949, 1960; FREY 1949; DUMKE 1972).

Karzinome der inneren Nase und der Nebenhöhlen zeigen eine wesentlich geringere Metastasierungsrate in die regionären Hals-Lymphknoten als andere Karzinome des Kopfes und Halses. Bedeutsam ist die Gefahr des Einbruchs ins Schädelinnere. So stellte SCHOLTZ (1975) bei 120 von 424 Malignomfällen der inneren Nase und der Nebenhöhlen fest, daß bereits eine Tumorinfiltration in die vordere oder auch mittlere Schädelbasis erfolgt war.

Tumoren der oberen Nebenhöhlen und der Nase infiltrieren zumeist in die vordere oder auch mittlere Schädelgrube, solche der maxilloethmoidalen Region und einige der Kieferhöhle über die innere Nase, Siebbeinzellen zur vorderen Schädelbasis.

II. MALIGNE MELANOME IM BEREICH DER NASE UND IHRER NEBENHÖHLEN

Etwa ein bis zwei Prozent aller Malignome sind maligne Melanome. Für das gesamte Gebiet der HNO-Heilkunde schwanken die prozentualen Angaben (MOORE und MARTIN 0,6 %; PACK 1,8 %; ALLEN und SPITZ 3,0 %).
Im Bereich der Nase und ihrer Nebenhöhlen dürfte der Anteil maligner Melanome noch geringer sein. So gibt PONCET (1965) die Anzahl der in der Weltliteratur bekannten Nasenhöhlenmelanome mit 300 Fällen an.

Demgegenüber beobachteten EMTIAZ und KASTENBAUER (1968) in einem Zeitraum von 14 Jahren elf Fälle maligner Melanome von Nase und Nebenhöhlen. Darunter war in elf Fällen die Nasenhaupthöhle Sitz des Primärtumors, in einem Fall die Siebbeinzellen sowie in einem weiteren Fall die Stirnhöhlen.

Bis heute ist die Ätiologie solcher maligner Melanome nicht eindeutig geklärt. Sie sollen sowohl aus einem Naevus-Zellnaevus und einer melanotischen Prämalignose als auch aus der nicht sichtbar veränderten Epidermis entstehen können.

Die Meinungen über einen möglichen Ursprung von der pigmentierten Regio olfactoria sind nach wie vor geteilt. Als bevorzugte Lokalisationen des Primärtumors werden in der Literatur überwiegend untere Muscheln sowie unterer und mittlerer Septumbereich angegeben.

Traumen scheinen bei der Entartung eines benignen Naevus-Zellnaevus lediglich als "Realisationsfaktor" einer schon determinierten Geschwulstkeimanlage eine Rolle zu spielen.

Inwieweit Traumen in Form von Probeexcisionen und operativen Eingriffen die Prognose bereits vorhandener Melanome durch vermehrte Metastasierung verschlechtern, erscheint zweifelhaft. Denn sowohl nach operativer Behandlung mit Bestrahlung als auch nach Radiatio allein, muß beim malignen Melanom mit rascher Metastasierung gerechnet werden (EMTIAZ und KASTENBAUER 1968).

Da maligne Melanome nur bedingt den Sarkomen zugeordnet werden können, gelten für sie eigene Gesetzmäßigkeiten. So metastasieren sie früher als Sarkome, jedoch häufig nur in die lokalen und regionalen Lymphknoten und die Haut (G. OTT, R. FREY 1971).

III. PATHOGENESE MALIGNER MELANOME

Ausgangspunkt eines malignen Melanoms ist ein Naevus. Als Naevus wird ein Hautfleck von zumeist braunschwarzer Farbe bezeichnet.
Histogenetisch gesehen handelt es sich um pigmentbildende Spezialzellen des Stratum basale der Epidermis und pigmentbildende Nervenscheidenzellen (ZOLLINGER).

Man unterscheidet drei Basistypen von Naevi:

1. Den intradermalen Naevus. Das histologische Bild zeigt Nester und Stränge kleiner, zum Teil polymorpher, protoplasmaarmer Zellen mit und ohne Melaninpigmentierung, meist mit Sklerose.
   Typisch ist ein häufig vermehrter Haarwuchs oder eine warzenförmige Epithelproliferation über diesem Naevus.

2. Den Grenzflächennaevus = "junctional"-Naevus. Er besteht aus Nestern relativ großer, melaninhaltiger, rundlicher Zellen im Stratum basale mit Potenz zur Invasion sowohl in die Kutis als auch in die oberflächlichen Epidermisschichten.

3. Den Kombinationsnaevus = "compound"-Naevus. Er enthält Anteile des intradermalen und des Grenzflächennaevus.

Kombinations- und Grenzflächennaevi besitzen, gleichgültig, ob sie sich an Handflächen, Fußsohlen, Genitalien oder an Schleimhäuten befinden, per se die Möglichkeit zur malignen Entartung (CRONE 1966).

Neben den Melanomen der Haut ist die häufigste Lokalisation am Auge zu finden. Dabei imponieren Melanome von Cornea, Retina und Augapfel mit Auftreten eines Glaukoms.
Im histologischen Bild finden sich sowohl zellreiche anaplastische Spindelzellen als auch epitheliale, pleomorphe Zellen oder vielkernige Riesenzellen. Letzteren muß wegen der höchsten Melaninrate der größte Malignitätsgrad zuerkannt werden.
Melanome der Konjunktiven hingegen können jahrelang als brauner Punkt oder Plaque auf der Konjunktiva verharren.
Melanocyten, die gewöhnlich in der normalen Pia mater gefunden werden sowie kleine Gruppen von Dendriten, können ebenfalls Ausgangspunkt eines malignen Melanoms sein.

Grundsätzlich werden drei verschiedene Stadien der Malignität unterschieden (WARD, ACQUARELLI 1968):

I Lokalisiertes Melanom ohne entfernte oder regionale Lymphknotenmetastasen

II Metastasen in den entsprechenden regionalen Lymphknoten

III Melanome mit disseminierten Metastasen

Grundsätzlich wird angenommen, daß maligne Melanome auf zwei ontogenetisch verschiedenen Wegen entstehen können.

Zum einen aus der Form der praecancerösen Melanosis als einem Übergangsstadium, dem sogenannten Melanocyten, und zum anderen über das prämaligne Stadium des "junctional"-Naevus, dem "Naevocyten".

Die Zellart Naevocyt findet sich lediglich in verschiedenen Arten melanocytischer Naevi. Sie entwickelt sich aus den "junctional" Melanocyten und verliert mit zunehmender Entfernung von der "junction" an Tyrosinaseaktivität. Dafür steigt entsprechend die Cholinesteraseaktivität an. Die Zellen werden schmaler, die interzelluläre Kollagenbildung nimmt in der Tiefe zu.

Die spez. lichtmikroskopischen Veränderungen in HUTCHINSON'schen Flecken sind geringfügig. Entweder ist die Anzahl der Melanocyten nur wenig erhöht oder aber sie wandern bei eindeutiger Erhöhung in die äußere malphigische Schicht, ohne dabei die reife Epidermis zu zerstören.

Der einzelne Melanocyt hat die Dendriten verloren und ist größer als normal.

Das Bild der Zellen ist außerordentlich vielfältig: Es reicht von Zellen mit normal großem Kern bis zu solchen, die zwei Kerne haben. Ebenso können alle Zellteilungsstadien vorhanden sein.

Besonders auffällig sind in ihrer zellulären Reaktion Melanophagen und Mastzellen in der Epidermis.

Bei den meisten Tumoren sind am Übergang von Dermis zu Epidermis proliferierende, atypische Melanocyten zu finden. Ein Hauptcharakteristikum für oberflächliche und frühe Läsionen.

Die ausgedehnten ulcerierenden Tumoren weisen diese Veränderungen meistens nur in schmalen Randsäumen auf.

IV. SCHWIERIGKEITEN IN DIAGNOSE UND THERAPIE

Die Schwierigkeit der exakten Diagnosestellung ergibt sich aus der Vielfalt des histologischen Bildes.

Maligne Melanome können nämlich im histologischen Aufbau ein squamöses oder basales Zellcarcinom genausogut nachahmen wie ein Adenocarcinom oder ein Fibrosarkom.

Selbst die Möglichkeit, anhand einer positiven DOPA- oder Tyrosinase-Reaktion die Diagnose malignes Melanom zu stellen, klärt nicht die wichtige Frage: Primär-Tumor oder Metastase?

Nicht alle Tumorzellen sind melaninhaltig. Melanophoren können das Pigment aus den Melanoblasten phagocytiert haben.

Via Lymphstrom gelangen die Tumorzellen in die regionären Lymphknoten zu den weiter entfernten Organen mit dem Blutstrom. Können Tumorzellen im Blut nachgewiesen werden, so sind bereits Haut, Lunge und Leber betroffen; meist auch das Nervensystem und das Knochenmark.

Wird über den Verlust der Sehkraft eines Auges geklagt und findet sich gleichzeitig eine Lebervergrößerung, so sollte man immer an ein malignes Melanom des Auges denken. Metastasen sind meist weniger differenziert als der Primärtumor, sie verlieren die Fähigkeit zur Melaninbildung.

Ein malignes Melanom der Nase und ihrer Nebenhöhlen verursacht Kopfschmerzen, Nasenatmungsbehinderung und rezidivierende Epistaxis. Ein zusätzliches Problem ergibt sich, abgesehen von der hohen Malignitätsrate maligner Melanome, durch die Beteiligung der Schädelbasis bei Tumoren der Nase und ihrer Nebenhöhlen. SCHOLTZ (1975) wies bei einer Analyse von 424 Fällen bei mehr als jedem vierten Patienten eine Beteiligung der Schädelbasis nach.

Radikale chirurgische Intervention (soweit fachbedingt möglich) und anschließende Radiatio werden von den meisten Autoren befürwortet (CRONE 1966; MESARA und BURTON 1968; CONLEY und PACK 1963; HOLDCRAFT und GALLAGHER 1969; EMTIAZ et al 1968).

Bei klinisch bereits manifester Metastasierung wird eine zusätzliche cytostatische Therapie empfohlen.

Strahlentherapeutisch wird Megavoltstrahlung (SCHWAB und zum WINKEL 1975) eingesetzt, wobei Großvolumenbestrahlungen notwendig sind.

Obwohl maligne Melanome nur wenig strahlensensibel sind, werden nach Großvolumenbestrahlungen mit Megavoltstrahlen vorübergehend erstaunliche Rückbildungen der Primärtumoren beschrieben (EMTIAZ 1968).

In dem von uns beobachteten Fall bildete sich der etwa hühnereigroße Primärtumor, der die gesamte Nase nach links verdrängt

hatte, durch die Strahlentherapie erstaunlich schnell zurück. Bereits nach vier Wochen war die Kontur der Nase wieder annähernd normal hergestellt.

Ist allerdings - wie auch in unserem Fall - bereits eine generalisierte Metastasierung eingetreten, so ist auch bei zusätzlicher cytostatischer Therapie kein kurativer Effekt mehr zu erwarten.

V. DER FALL B. J. - Anamnese und Befunde -

Ein 63 Jahre alter Patient suchte uns wegen starker, z. T. fluktuierender Schwellung der gesamten Nase seit ca. 14 Tagen auf.

Er klagte über rezidivierende Epistaxis und zunehmende Nasenatmungsbehinderung seit einem Vierteljahr.

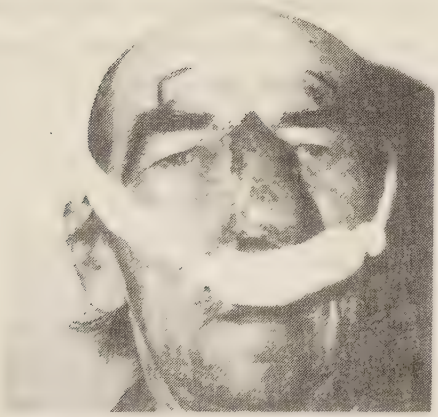
HNO-Spiegelbefund:

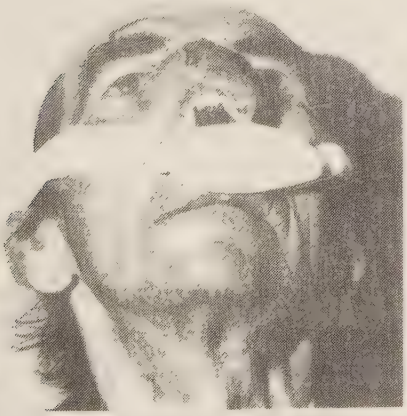
Rechte Nasenhaupthöhle mit tumorösen, glasigen, bei Berührung leicht blutenden Massen ausgefüllt. Linke Nasenhaupthöhle durch Verdrängung nicht mehr vorhanden.

Hühnereigroße, weiche, z. T. fluktuierende indolente Schwellung mit Verdrängung der gesamten Nase nach links.

Im Nasopharynx fragliche tumoröse, vom Rachendach ausgehende Vorwölbung.

Abb. 1 und 2: Makroskopische Ausdehnung des Primärtumors bei der Erstuntersuchung, 11. März 1976





Allgemeinstatus:

Mehrere z. T. bis haselnußgroße subcutan gelegene Tumoren an Brust und Rücken. Links lateral des Nabels ein ca. mandarinengroßer, derber, gut verschieblicher Tumor. Links axillär und links inguinal Lymphome palpabel.

Probeexcision aus der rechten Nasenhaupthöhle:

Pigmentarmes malignes Melanom.

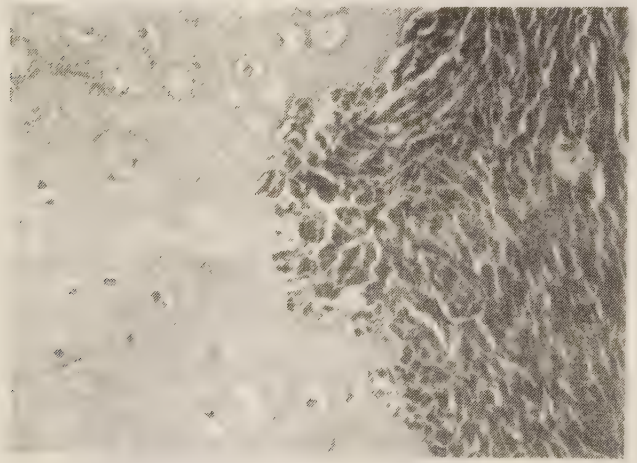


Abb. 3: Primäres pigmentarmes malignes Melanom (Melanosarkom) des Nasenseptum. Stromaarmes Tumorgewebe mit mittelgroßen bis großen Zellen (Patient B. J. 1976, HE-Färbung; Vergrößerung ca. 350fach).

Röntgen-NNH om und of:

Großer, destruierender Prozeß im Nasenrachenraum mit homogener Verschattung.

Destruktionen waren in der Schädelbasisaufnahme durch Unterkieferüberlagerung nicht erkennbar.

NNH-Schichtaufnahmen mit hypocycloidischer Verwischung:

Großer, destruierender homogener maligner Tumor unter Einbeziehung der gesamten Nasenhöhle, des Nasopharynx, des weichen Gaumens und der Choanen. Einwachsen des Tumors in die Keilbeinhöhle unter Zerstörung der Vorderwand derselben.

Abb. 4: Occipito-mentale Röntgenaufnahme vom 11. März 1976
Homogene Verschattung im Bereich der Nase, der Kieferhöhlen, links stärker als rechts, sowie im Bereich beider Siebbeinzellen.

Röntgen-Thorax:

Im ap-Bild hochgradiger Verdacht auf intrapulmonale Metastasierung in den linken Ober- und Unterlappen.

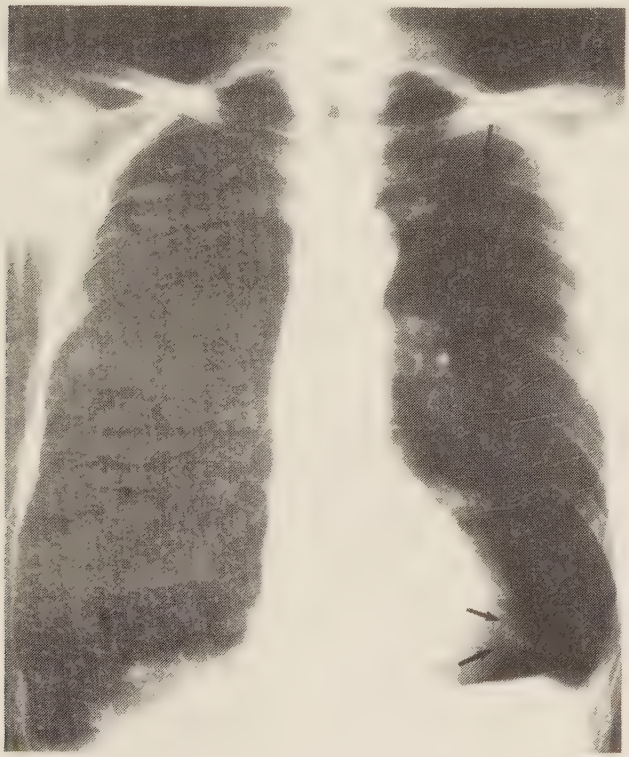


Abb. 5: Röntgen Thorax a.p.
Verdacht auf Filiae, links apikal und basal
Aufnahme vom 22. März 1976

Entsprechend den in unserer Klinik von Professor Dr. W. SCHWAB entworfenen Dokumentationsbögen zur Erfassung und statistischen Auswertung von Tumorfällen im HNO-Bereich würde die Erst-Erhebung der Basisdokumentation für Tumorkranke nach den Richtlinien der DTMNK in diesem Fall folgendermaßen aussehen:

HNO-KLINIK DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN – KLINIKUM WESTEND

TNM - ERHEBUNGSBOGEN

Patient Sa geb. 15.8.1912
11-3-76 Präparat [illegible] mal-
[illegible] Palatum
[illegible]

Erste Anzeichen der Geschwulst
1
1
2
X 3
4
5
6
7
8
9-12
13-18
19-24
25-36
> 36
Monate vor Behandlungsbeginn

HISTOLOGIE

Epitheliale Tumoren
8073 Plattenepithel-Ca
8083 Lymphoepitheliom
8393 Sonderformen
8143 Adeno Ca
8203 Adenoid-cystisches Ca

Mesenchymale Tumoren
9643 Retothel-Sa
9613 Lympho-Sa
X 9123 Sonderformen

T c 1 2 3 X 0 1 2 3 4 X 6 7 8 9

N c X 1 2 3 0 X 2 3 4 5 6 7 8 9

M c 0 X 0 1 X 3 4 5 6 7 8 9

REGIONEN	BEZIRKE

Nasopharynx 1470

Hinterwand und Dach	147010	X
Seitenwand	147011	
Vorderwand	147012	

147020
147030
147040

Oropharynx 1460

Seitenwand	146010	
Vorderwand	146011	
Hinterwand	146012	
Oberwand	146013	

146020
146030

Hypopharynx 1483

Sin. piriformis	148310	
Postericoid-Bezirk	148311	
Hinterwand	148312	

148320
148321
148322

148330
148331
148332

Wegen der ausgedehnten Destruktionen im Bereich des Gesichtsschädels und des Verdachtes auf pulmonale Metastasen entschlossen wir uns nach Rücksprache mit den Radiologen zur palliativen Radiatio.

Eine Woche nach Diagnosestellung begannen wir mit Megavolt-Telekobalt-Bestrahlung (NNH ap Herddosis jeweils 136 rd.). Nach ca. 3000 rd wurde auf das rechte laterale Feld umgestellt, jeweils 170 rd Herddosis. Knapp vier Wochen später war die Kontur der Nase wieder annähernd hergestellt. Bis auf reichlich Borkenbildung und starke hyperplastische Muscheln, freie linke Nasenhaupthöhle. Fast vollständige Verlegung der rechten Nasenhaupthöhle durch einen großen, vom Septum ausgehenden Tumor. Bei freiem Nasopharynx waren keine cervikalen Lymphome palpabel.

Innerhalb weiterer zwei Wochen bildete sich der Lokalbefund weiter zurück. In der rechten Nasenhaupthöhle war nur noch im Bereich der unteren Muschel eine tumorsuspekte Auftreibung zu sehen. Keine isolierten Lymphome. Die Gesamtherddosis betrug zu diesem Zeitpunkt 4052 rd.

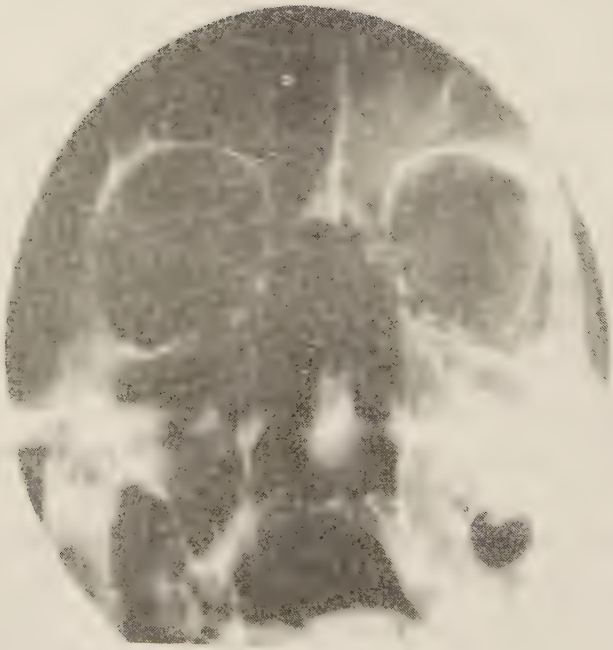


Abb. 6: Occipitomentale Röntgenaufnahme vom 23. Juni 1976
Zustand nach Megavolt-Telekobaltbestrahlung,
Gesamtherddosis 4052 rd.

Abb. 7: Röntgen-Thorax ap vom 23. Juni 1976
Filiae in beiden Lungenflügeln

In den nächsten fünf Wochen verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Patienten kontinuierlich.

Die rechte Nasenhaupthöhle war mit nekrotischen Massen ausgefüllt, die anscheinend vom Septum ausgingen. Der Nasopharynx war frei.

Links submandibulär ca. pflaumengroßer, derber Tumor. Ein kirschgroßes, indolentes, derbes Lymphom konnte in der linken Halsgefäßscheide palpiert werden.

Die Folgeerhebung der Basisdokumentation für Tumorkranke sah folgendermaßen aus:

BASISDOKUMENTATION FÜR TUMORKRANKE

FOLGE-ERHEBUNG

(nur vorbehandelte Fälle)

1. Geburtsdatum	1-6	15 04 12
2. Name (bei Frauen Geburtsname)	7-8	36
3. Geschlecht	9	1
4. Jahrgang	10-11	76
5. Klinik	12-14	
6. Krankenblatt-Nr.	15-19	2970
7. Kartenziffer	20-23	

8. Datum des ersten pratherapeutischen Befundes	24-29	11 03 76

9. Frühere Tumorbehandlung wo? ... (hier = 0, an anderer Stelle = 1, sowohl als auch = 2)	30	0
10. Art der Vorbehandlung (mit vollständigem = 1, unvollständigem = 2, ohne Tumorrückgang = 3)	31	2
Operation (keine = 0, Probeeingriff = 1, Rad. Op. nur Primärtu = 2, Rad. Op. Primärtu mit homolat. neck diss. = 3, Rad. Op. Primärtu mit bilat. neck diss. = 4, Monoblock-Op. = 5, unvollständ. Op. = 6, Palliativ-Op. = 7, ... = 8, ohne nähere Angabe = 9)	32	0
Bestrahlung (keine = 0, kurat. Dos. Orthovolt = 1, kurat. Dos. Megavolt = 2, kurat. Dos. dicht ionis. Str. = 3, Strahlth. mit zusätzl. Kontaktcurie- bzw. interstit. Th. = 4, Synchronisation = 5, O_2-Überdruckth. = 6, vorzeitig abgebrochen = 7, Palliativth. = 8, ohne nähere Angaben = 9)	33	8
Zytostatika (keine = 0, kurzfristig = 1, langfristig = 2, wiederholte Therapie = 3, volldosiert = 4, keine Angabe = 9)	34	0
Hormone (keine = 0, Androgene = 1, Oestrogene = 2, Gestagene = 4, andere = 8)	35	0

11. Datum des jetzigen Befundes	36-41	12 05 76
12. Tumorlokalisation	42-47	16 96 12
13. Seite (nicht zutreffend = 0, rechts = 1, links = 2, beiderseits = 3, Mitte = 4)	48	1
14. TNM-Klassifizierung mit Sicherungsgrad zum jetzigen Zeitpunkt (T c N c M c)	49-54	1 1 0 1 1 2
15. Histologie	55-58	9 1 2 3
16. Allgemeiner Leistungszustand (nur tumorbedingte Einschränkung) (beschwerdefrei = 0, geringe Beschwerden = 1, deutl. Beschwerden, aber vorwiegend außer Bett = 2, starke Beschwerden, über 50 % bettlägerig = 3, voll bettlägerig = 4, nicht geschäftsfähig = 5)	59	2
17. Resttumor vorhanden? (nein = 0, ja = 1, fraglich = 2)	60	1
18. Wievieltes Rezidiv? (keines = 0, Rezidiv = 1, usw. 8. und mehr = 8, keine Angabe = 9)	61	0
19. Zweittumor (nein = 0, ja = 1)	62	0

20. Jetzt durchzuführende Therapie (wie 32 - 35)	63-66	08 00

21 Reservespalten für STADIUM bzw. STADIENZUORDNUNG	67-68	
22 Raum für weitere Angaben	69-70	

Im Todesfall

23. Todesdatum	71-76	29 04 76
24 Todesursache (tumorabhängig = 1, tumorunabhängig = 2)	77	1
25. Überlebenszeit seit Behandlungsbeginn in Monaten	78-80	3,5

Sechs Tage nach der stationären Aufnahme kam der Patient unter den Zeichen des Rechts-Herzversagens ad exitum.

Obduktionsbefund:

Über die caudale Rumpfhälfte waren ca. 15 kirsch-apfelsinengroße, derbe Hautmetastasen verteilt. Zwei kirschgroße Lymphknotenmetastasen paratracheal, eine ca. 2 cm durchmessende Lymphknotenmetastase rechts parahilär.

Im linken Lungenunterlappen war eine Tumormetastase mit einem Durchmesser von 5 cm mit der Facies thoracalis diaphragmae verwachsen. Multiple linsen-pflaumengroße, z. T. subpleural gelegene Metastasen durchsetzten beide Lungenflügel.

Die tumoröse Verlegung einiger Subsegmentbronchien hatte zu Resorptionsatelektasen geführt.

Eine gänseeigroße Tumormetastase im linken Schilddrüsenlappen, eine flache subepicardial gelegene Metastase in der linken Kammervorderwand. Mageninnenwand, Omentum maius et minus und die gesamte Radix mesenterii waren mit bis zu mandarinengroßen, z. T. hämorrhagisch infarcierten Metastasen übersät.

Stenosierung der linken A. renalis durch zwei apfelgroße Metastasen der rechten und linken Capsula adiposa renalis mit Verdrängung der Nebennieren.

Entgegen aller Erwartungen war die Dura frei von Metastasen. Es bestand ein geringfügiges Hirnödem bei mäßiger Hirnrindenatrophie.

Abb. 8: Tumormetastase aus dem linken Schilddrüsenlappen
Große Zellkerne mit z. T. riesenhaftem Nukleolus
(Patient B. J., 1976, HE-Färbung.
Vergrößerung ca. 560fach)

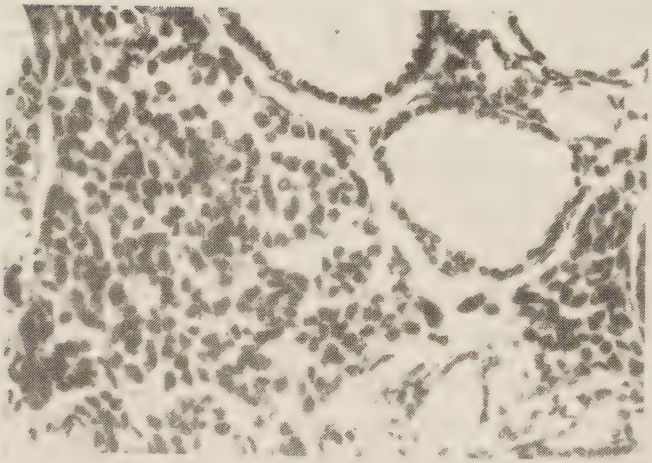


Abb. 9: Lungenmetastase des malignen Melanoms
(Patient B. J., 1976, HE-Färbung.
Vergrößerung ca. 350fach)

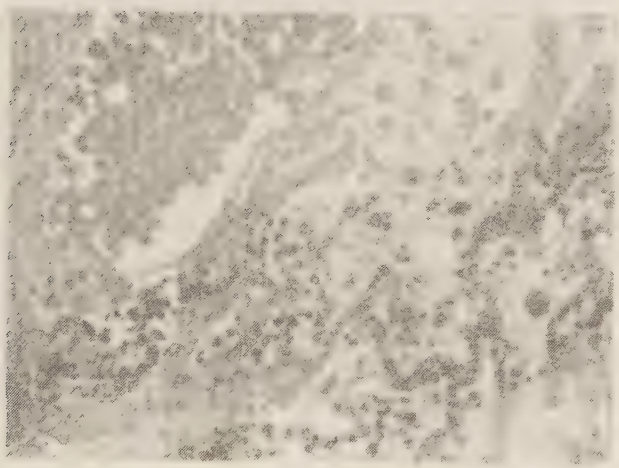
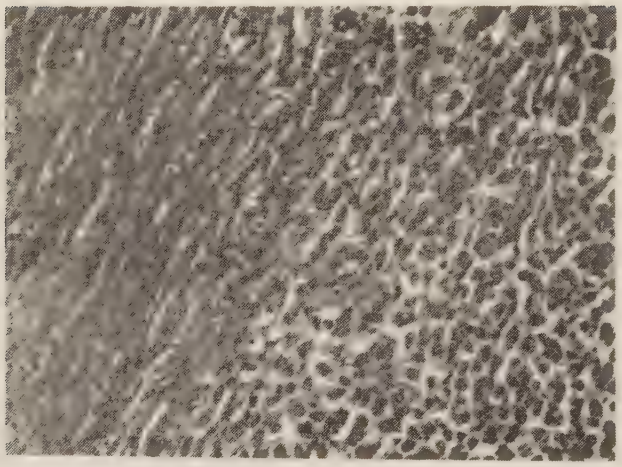


Abb. 10: Melanom-Metastase aus der Leber
(Patient B. J., 1976, PAS-Färbung
Vergrößerung ca. 350fach)



VI. DISKUSSION

Auch HOLDCRAFT und GALLAGHER (1969) geben in einem Bericht über 39 Fälle als Hauptsymptom für ein malignes Melanom der Nase und ihrer Nebenhöhlen in 32 Prozent Epistaxis und in 20 Prozent Nasenatmungsbeninderung an. Ferner wurde über Schwellung der Nase, Kompressionsgefühl der Nase und Völlegefühl im Bereich der Stirnhöhle geklagt.

In 24 Fällen mit alleiniger chirurgischer Therapie lag die durchschnittliche Überlebensrate bei 32 Monaten. Fünf Patienten, die operiert und bestrahlt worden waren, überlebten 43 Monate, und die restlichen Patienten mit palliativer Radiatio neun Monate.

Für ein malignes Melanom ohne klinisch nachweisbare Metastasen errechneten die Autoren eine Überlebenszeit von 34 Monaten. Mit Metastasen lag die Überlebenszeit bei 20 Monaten.

In einer Untersuchung über primäre maligne Melanome des oberen Respirationstraktes (Nasenhaupthöhlen, Nasennebenhöhlen, Pharynx, Larynx, Trachea und Tonsillen) von MESARA, B. W. und BURTON W. D. (1968) berichten die Autoren über ein Melanom der Nasenhaupthöhle und eines der Siebbeinzellen. Bei beiden Patienten bestand nach radikaler Entfernung des Primärtumors Rezidivfreiheit nach 4,5 bzw. 5,5 Jahren.

Der durchschnittliche Überlebenszeitraum betrug in dieser Untersuchungsreihe für ein Melanom der Nase 3,5 Jahre.

Hingegen beschreibt CRONE (1966) den Fall einer 23jährigen Patientin mit einem malignen amelanotischen Melanom der linken Nasenhaupthöhle. Trotz chirurgischer Radikalität (Kieferhöhlenradikaloperation nach DENKER linksseitig und transmaxillärer Siebbeinausräumung links) starb die Patientin sechs Monate später an einer vermutlich durch Metastasen ausgelösten Hirnblutung.

Dieser Krankheitsverlauf stimmt vom zeitlichen Ablauf her mit dem von uns beobachteten Fall überein.

Auch EMTIAZ und KASTENBAUER (1968) verfolgen den klinischen Verlauf einer Melanomerkrankung der linken Nasenhaupthöhle.

Die Autoren mußten, obwohl sie es primär nur mit einem lokalen Tumor zu tun gehabt hatten, bereits ein Vierteljahr später ein lokales Rezidiv und Infiltration in die linke Kieferhöhle feststellen.

Trotz versuchter chirurgischer Radikalität (KH-Operation nach DENKER und Tumorexstirpation in toto) sowie Nachbestrahlung, kam es drei Monate später zur Metastasierung in die linke Glandula submandibularis.

Im Bereich der Exstirpationsnarbe war bereits am zehnten postoperativen Tag eine neue apfelgroße Metastase palpabel. Im Röntgenbild des Thorax fielen mehrere scharf abgrenzbare Rundherde auf. Nach den Schichtaufnahmen der NNH zu urteilen, war der Tumor cranialwärts in die linke Keilbeinhöhle eingewachsen. Leider haben die Autoren keine Angaben über den weiteren Verlauf gemacht.

Trotzdem ist die Kongruenz der Fälle verblüffend. Auch bei unserem Patienten bestand klinisch Verdacht auf Lungenmetastasen, Tumorinfiltration in die Keilbeinhöhle und Metastasierung in die linke Glandula submandibularis.

In beiden Fällen kam es im Verlauf eines halben Jahres zur ausgedehnten Metastasierung. Sowohl in unserem Fall bei einer relativ spät einsetzenden palliativen Radiatio, als auch in dem anderen Fall der ausgiebigen chirurgischen Resektion und anschließenden Radiatio.

Der Verlauf dieser beiden Fälle erhärtet die Forderung nach möglichst frühzeitiger Diagnosestellung bei Vorliegen eines malignen Melanoms.

Unabhängig von der Therapie muß die Prognose als infaust betrachtet werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über den Fall eines 63 Jahre alten Patienten mit einem primären malignen Melanom der rechten Nasenhaupthöhle berichtet. Nach Beginn einer palliativen Megavolt-Telekobaltbestrahlung bildete sich der Primärtumor innerhalb von sechs Wochen bis auf eine geringfügige tumorsuspekte Auftreibung im Bereich der rechten unteren Muschel zurück. Zu diesem Zeitpunkt mußte die Radiatio wegen des schlechten Allgemeinzustandes abgebrochen werden. Ein lokales Rezidiv wurde nach weiteren fünf Wochen festgestellt, eine Woche später verstarb der Patient unter den Zeichen des Rechts- Herz-Versagens.

Zusätzlich werden Betrachtungen über die Häufigkeit und die bevorzugten Lokalisationen bösartiger Tumoren im HNO-Bereich angestellt. Gesondert wird in diesem Zusammenhang auf die malignen Melanome der Nase und ihrer Nebenhöhlen eingegangen.

Aspekte über Ätiologie und Pathogenese maligner Melanome folgen.

Auf die Schwierigkeiten der exacten Diagnosestellung bedingt durch die Vielfalt des histologischen Bildes wird hingewiesen. Ebenso auf die verschiedenen Therapiemöglichkeiten.

Der klinische Verlauf des von uns beoabachteten Falles wird mit ähnlichen in der Literatur beschriebenen Fällen verglichen und erörtert. Dabei gelangen die statistischen Erhebungsbögen für die Basisdokumentation Tumorkranker nach den Richtlinien der DTMNK zur Anwendung.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

ALLEN und SPITZ: Malignant melanoma, A clinicopathological analysis of the criteria for diagnosis and prognosis Cancer 6. Januar 1953, 1 - 45

BAUER, K. H.: Das Krebsproblem Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1969

BINNES, BRIANI und COLLINS: Zitate aus PONCET, Münchner Med. Wochenschrift 107, 1965, 13 - 1303

CONLEY und PACK: Melanom of the head and neck Surg., Gynec. and Obst., 116 Januar 1963, 15 - 28

CRONE: Malignant amelanotic melanomas of nasal septum and maxillary sinus Laryngoscope 76, 1966, 1826

DUMKE, A.: Über die Häufigkeit nicht karzinomatöser maligner Neoplasmen unter besonderer Berücksichtigung der Beteiligung des Kiefer-Gesichtsbereiches. Diss. Berlin 1972

HENDERSON: Malignant melanoma Orbital Tumors, 1973, 322 - 344

HOLDCRAFT und GALLAGHER: Malignant melanomas of nasal and paranasal sinus mucosa, Ann. Otol. Rhinol. Laryngiol 78 1969, 5

MESARA und BURTON: Primary malignant melanoma of the upper respiratory tract Cancer 21, 1968, 217

MOORE und MARTIN: Melanoma of the upper respiratory tract and oral cavity Cancer 9, 1955, 1167 ff

OTT und FREY: Klinische Beobachtungen und statische Auswertung bei 780 Sarkomkranken Langenbecks Arch. klin. Chirur., Bds. 295, 1971

EMTIAZ und KASTENBAUER: Das maligne Melanom der Nase und der Nebenhöhlen HNO 16, 1968, 362 - 364

PONCET: Münchner Med. Wochenschrift 107, 1965, 1303

PACK et al: End results in the treatment of malignant melanomas, a report of 1190 cases Ann. Surg. 136, 1952, 905

SCHOLTZ: Probleme des Einbruchs der Malignome der Nase und ihrer Nebenhöhlen ins Schädelinnere
Laryngologie, Rhinologie, Otologie 54, 7, 1975, 577

SCHWAB und Z. WINKEL: Möglichkeiten der Strahlentherapie in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Aktuelle Oto-Rhino-Laryngologie Heft 6, 1975

WARD und ACQARELLI: Malignant melanoma of the external ear
Cancer 21, 1968, 217

Textbook of Dermatology, second edition: Tumors of the skin, Malignant melanoma, 1980 - 1988

A Textbook of Pathology, eight edition: The melanomas 1417 - 1424

ZOLLINGER: Pathologische Anatomie, Band II, Spezielle Pathologie
Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1969

VII. ANHANG: Lebenslauf

5. März 1945	in Berlin geboren
1. Juli 1951	Einschulung in die Evangelische Grundschule Berlin-Charlottenburg
1955	Eintritt in das Erich-Hoeppner-Gymnasium Berlin-Charlottenburg
1966	Abitur an der Gottfried-Keller-Schule Berlin-Charlottenburg
1966	Beginn mit dem Studium der Humanmedizin an der FU-Berlin
1967	Naturwissenschaftliche Vorprüfung an der FU-Berlin
1969	Ärztliche Vorprüfung an der FU-Berlin
1973	Medizinisches Staatsexamen an der FU-Berlin
1973/74	Medizinalassistentenzeit am Klinikum Westend der FU-Berlin, und zwar bei:
	Herrn Professor Dr. med. W. Schwab
	Herrn Professor Dr. med. E. S. Bücherl
	Herrn Professor Dr. med. H. Gerhartz
April 1974	Approbation als Arzt
April 1974 bis August 1976	Beginn der Facharztausbildung in HNO-Heilkunde bei Herrn Professor Dr. med. W. Schwab, am Klinikum Westend
seit 1. September 1976	bin ich am Städtischen Krankenhaus Wolfsburg bei Herrn Professor Dr. med. G. Kottmeyer in der HNO-Abteilung tätig.

Herrn Professor Dr. med. W. Schwab möchte ich für die freundliche Überlassung des Themas danken.

DISSERTATIONSDRUCK
HÖPFNER GMBH
Pestalozzistr. 106 1 Berlin 12
312 88 85
313 81 98